Salgado (A. G.)

CONTRIBUCION

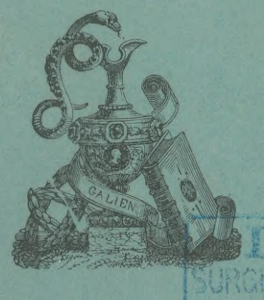
AL ESTUDIO

DEL MAL DE SAN LÁZARO

POR

AGUSTIN G. SALGADO

Alumno de la Escuela de Medicina de México.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo Numero 3.

1878

C. J. M. Bandera, Sinodal propiet.º

CONTRIBUCION

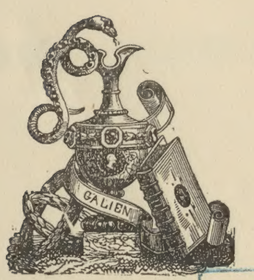
AL ESTUDIO

DEL MAL DE SAN LÁZARO

POR

AGUSTIN G. SALGADO

Alumno de la Escuela de Medicina de México.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

CALLE DE LERDO NUMERO 3.

1878

Á MIS EXCELENTES PADRES

Á MI AMIGO

EL GENERAL JOAQUIN MARTINEZ

ANATOMÍA PATOLÓGICA

DE LA PIEL Y DEL SISTEMA NERVIOSO

EN LA ELEFANCIASIS DE LOS GRIEGOS.

«Piel.—Considerada de una manera general (segun Ch. Robin, 1874), la «lepra es debida á la multiplicacion exagerada de citoblastos (cythoblastions). «Consiste en la produccion de masas más ó menos voluminosas, pudiendo llegar «á tener el volúmen de una almendra ó de una nuez, y aparecen especialmente «en el dermis y la mucosa lingual. Si examinamos la composicion de este te-«jido, veremos que multiplicados los núcleos, han determinado la atrofia de las «fibras elásticas del dermis y la atrofia de los capilares. Entonces comienzan «los fenómenos de mortificacion, es decir, la caida de la epidermis, primero, «y despues la de los núcleos celulares. Pero la sustancia amorfa interpuesta «entre los citoblastos está siempre en muy pequeña cantidad, y además es gris. «Más de los nueve décimos de los núcleos *quedan al estado esférico y no llegan «al estado ovoide que presentan en el tejido celular normal.* La multiplicacion «de los núcleos continúa haciéndose; pero el *desarrollo individual* de estos «no se efectúa. Finalmente, no se observa en los núcleos la formacion de «granulaciones amarillas.»

«Las lesiones de la piel (Diccionario de Jaccoud, tomo 2°, pág. 344), al mi-«croscopio son las siguientes: la *epidermis*, cuando existe aún, es delgada; sus «celdillas muy refringentes y granulosas se presentan como disociadas; la *capa «mucosa de Malpighi* está poco alterada; en ciertas partes algunas prolonga-«ciones interpapilares penetran más profundamente en el espesor del dermis, «cuyas alteraciones son mucho más pronunciadas; el *tejido fundamental del*

»*dermis* ha perdido sus fibras elásticas, y sus haces de tejido conjuntivo, en«rarecidos, se pierden en medio de un tejido de nueva formacion, compuesto «de celdillas embrionarias redondas, fusiformes ó estrelladas, dispuestas en «círculos al rededor de los vasos y confundidas en medio de una sustancia bri«llante y grasosa. Ranvier ha señalado en el espesor del dermis la existencia «de grandes celdillas madres, que por desdoblamientos sucesivos darian lugar «á esta enorme proliferacion de celdillas embrionarias. Las fibras musculares «de la piel han parecido sanas; su volúmen, sus estrias, son normales, y su pe«rimisium no parece engrosado»

«Examinando al microscopio un corte de un tubérculo, se ve que no existe la «epidermis, y el cuerpo mucoso mismo, adelgazado en varios lugares, está des«truido en partes. El tejido nuevo que se forma en el dermis se hunde bajo la «forma de columnas, irradiándose en medio de los elementos de tejido adiposo: «entre estas gruesas columnas se perciben masitas pequeñas de tejido conjun«tivo de celdillas estrelladas.»

«Los vasos de la piel *desempeñan* un gran papel en la produccion de los «tubérculos. Al principio hay fluxion, hiperemia en los vasos de la piel; de «lo que resulta la produccion de manchas rosadas, rojas, etc.; más tarde com«presion de estos vasos por el nuevo tejido, atrofia de la piel y sequedad con«secutiva. Pero, además, los vasos mismos están alterados en sus paredes, las «venas están dilatadas, engrosadas, presentan dilataciones varicosas, y en «ciertos puntos se encuentran extravasaciones sanguíneas.»

«Cuando llega, al contrario, el período de multiplicacion de las celdillas em«brionarias, la cavidad de los vasos de la piel se encuentra estrellada y despues «obliterada, de lo que resulta la atrofia de los elementos de los tubérculos, su «degeneracion gránulo-grasosa y su fusion en pus. Estos dos órdenes de fe«nómenos son causados por una influencia nerviosa.»

«En las glándulas sudoríparas su canal excretor se destruye primero cerca «de la superficie exterior de la piel, y más tarde el glomerulo secretor se atro«fia á su vez. Destruido el órgano cesa la funcion, la piel permanece constan«temente seca, la epidermis se engruesa, se arruga, se parte y se desprende «en escamitas. Las glándulas sebáceas tienen desde el principio una actividad «funcional más grande, lo que da lugar (en la parte donde se desarrollan de «preferencia, nariz, carrillos, etc.) á la acnea sebácea. . . . . Pero con los «progresos de la enfermedad estas glándulas mismas se atrofian, y su pro«ducto de secrecion se encuentra igualmente suprimido.»

«Los pelos se decoloran: en las manchas y los tubérculos se produce prin«cipalmente este fenómeno; despues, á causa de la destruccion de los folículos «sebáceos (cuya secrecion falta), se vuelven secos, rugosos, frágiles, dilata«dos en ciertos puntos, y acaban por desaparecer y caer completamente en «un período avanzado de la enfermedad; los folículos pilosos comprimidos se

«destruyen en seguida. Las fibras musculares anexas á los bulbos pilosos des-«aparecen.»

«El exámen de la piel de las extremidades de los dedos, casi siempre enfer-«mos en los leprosos, no deja percibir los cuerpecitos de Meisner (Lamblin).»

«El tejido celular subcutáneo está engrosado y endurecido en partes, sin «que estos endurecimientos correspondan necesariamente á la presencia de «tubérculos. Rara vez se reblandecen: estos focos están formados por los ele-«mentos descritos en la histología patológica de la piel. Cuando un tubérculo «ulcerado se cicatriza, no se encuentra á veces tejido celular subcutáneo; este «ha desaparecido en el procesus ulcerativo de las partes, y la cicatriz de la «piel se hace en capas mucho más profundas. Los vasos del tejido celular sub-«cutáneo están enfermos, sus paredes están gruesas, sin que su calibre esté «sensiblemente aumentado. Venas tales como la cefálica, la safena, etc., ad-«quieren el volúmen del meñique, gracias á la acumulacion de los elementos «embrionarios que las rodean.»

«NERVIOS.[1]—Segun Virchow, si se sigue el trayecto de un nervio un poco «largo, por ejemplo el nervio cubital, el mediano ó el peroneo, se observa en «general un hinchamiento no regular y uniforme sino á ciertas distancias. Este «hinchamiento se observa más comunmente en los puntos en que el nervio, por «su posicion superficial ó por sus relaciones con los huesos, está más expuesto «á influencias mecánicas ó térmicas. Así he encontrado el nervio mediano «hinchado, especialmente al nivel del punto en que pasa sobre los huesos del «carpo y bajo el ligamento transverso del puño, mientras, que en general, al «nivel del codo el nervio cubital es más voluminoso. Se ve alterarse el color «de los nervios á medida que se aproximan á los puntos más gruesos. El as-«pecto blanco que tienen al estado normal toma un color más y más gris, tras-«parente, tirando al moreno unas veces, ya al negro (gris de fumée) otras, «al mismo tiempo que el nervio es más denso, algunas veces completamente «duro (esclerosado). En un corte trasversal la masa interna parece más ho-«mogénea que al estado normal. Al microscopio se ven ya con un débil au-«mento los principales caracteres de la alteracion. El tejido celular flojo (cu-«bierta exterior de los nervios), que reune entre sí cierto número de haces «nerviosos, no presenta casi ninguna alteracion, exceptuando sus vasos que «tienen paredes gruesas. La cubierta propiamente dicha de los nervios (neu-«rilema) está ordinariamente alterada, pero no siempre de la misma manera: «á veces la alteracion es muy insignificante; otras, al contrario, el neurilema «está trasformado en una sustancia dura y como callosa. Pero las alteracio-«nes más importantes están situadas más profundamente en los tabiques in-«ternos de los haces nerviosos y en la sustancia nerviosa intersticial. Comien-«zan inmediatamente debajo del neurilema, en donde se encuentra depositada

1 Hebra y Kaposi. Enfermedades de la piel, tomo 2°, pág. 541.

«una sustancia que refracta fuertemente la luz, y de aquí se las encuentra (las «alteraciones) inmediatamente en los grandes tabiques que dividen el haz nervioso en una serie de haces más pequeños. Si se emplea un aumento más «fuerte, se ve fácilmente que la sustancia más oscura que llena estas partes es- «tá formada por una aglomeracion compacta de celdillas, y que esa materia «está depositada, no solo en la direccion de los grandes tabiques celulosos, «sino existe aun en todas partes entre las fibras nerviosas que rodea y que «cubre.»

«Cuando la enfermedad es de larga duracion, Virchow ha observado la «trasformacion grasosa, y aun en ciertos casos la atrofia completa de las fibras «nerviosas primitivas.»

«MÉDULA.[1]—En la aracnoides encontramos una cantidad de serosidad ma- «yor que la normal, al mismo tiempo que una ligera inyeccion de la pia madre. «El derrame seroso de la cavidad aracnoidea hace adherir fuertemente la arac- «noides y la pia madre; circunscrito á la region cervical ó á la lombar, ocupa «principalmente la parte posterior de la médula. Las venas de la superficie «posterior de la médula están llenas de sangre, y poco á poco, con los pro- «gresos de la enfermedad, se forma tambien una *exsudacion* serosa entre la «dura madre y la aracnoides. La hoja de esta última, adherida á la dura ma- «dre, puede aumentar de espesor hasta semejarse á la membrana fibrosa. La «*sustancia medular*, profundamente modificada, está endurecida, esclerosada «en los puntos donde se encuentra la exsudacion albuminosa; al cortarla cre- «pita la médula y tiene una consistencia como cartilaginosa; la sustancia gris «tiene un color amarillento. Habria, segun Danielssen y Bœck, una rarefac- «cion de las celdillas ganglionares de la sustancia gris y una varicosidad de «los ramos nerviosos primitivos, especialmente en los puntos esclerosados.»

«La exsudacion, rodeando ciertas ramas posteriores de los nervios, los «plexus axilar y sciático, y los gruesos nervios están á veces atrofiados; pero «solo en su parte situada en el interior del canal vertebral.»

«Los nervios cranianos en su orígen están sumergidos en la especie de obro- «que que acabamos de señalar al rededor de la médula, y son principalmente «el quinto, el sexto, sétimo y octavo par nerviosos.»

«El ganglio de Gasser presenta una exsudacion sero-albuminosa, gruesa, «y que reune los ramos nerviosos del ganglio.»

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD.—En un enfermo, tratado en Guy's Hospital, una fractura de la extremidad inferior del radio habia producido un callo voluminoso que comprimia el nervio mediano. En consecuencia se habian formado en la piel del pulgar y de los dos primeros dedos de la mano úlceras que resistian á todos los tratamientos. La flexion del puño hecha de manera de relajar las partes blandas de la cara palmar y de hacer cesar por lo mismo

1 Diccionario de Jaccoud, tomo 20, pág. 356.

la compresion del nervio, tenia siempre por efecto, al cabo de algunos dias, producir la curacion de las úlceras. Pero inmediatamente que el enfermo queria servirse de su mano, el nervio era de nuevo comprimido y pronto reaparecian las úlceras.[1]

Charcot, reuniendo este y varios casos semejantes esparcidos en la ciencia, establece en sus lecciones[2] que la perineuritis leprosa (así la llama) explica perfectamente la existencia de las siguientes lesiones en la Elefanciasis de los Griegos: *A* el pemfigo leproso, *B* el estado liso de la piel (Glossy Skin), *C* la atrofia de los músculos, *D* la periostítis y la necrosis.

Hardy y Labarraque, además de la perineuritis crónica, han encontrado en una autopsía la esclerosis de los cordones posteriores de la médula, hecho que confirma la opinion de Danielssen y Bœck que creen que la Elefanciasis de los Griegos es una esclerosis de los cordones posteriores de la médula.

Aunque hay otras teorías respecto de esta afeccion, me he detenido minuciosamente en la de Danielssen y Bœek porque habiendo en México magníficos microscopios, *se puede* con ellos comprobar la exactitud de ella, y por la gran importancia que pudiera tener esta investigacion, ya para adquirir nuevos hechos, ó tal vez para descubrir nuevas funciones de la médula, á semejanza de lo que sucedió con la afasia.

La sintomatología está muy bien descrita en el opúsculo de mis maestros los Sres. Lucio y Alvarado. Las tres formas, manchada, anestésica y tuberculosa se encuentran descritas en el tratado de las enfermedades de la piel de Hebra y Kaposi. ¿Estos autores no conocieron el tratado publicado por los Sres. Lucio y Alvarado? Es de presumir que sí, recordando que en la época del Imperio muchos médicos extranjeros permanecieron en México. Pasaré en silencio la sintomatología, pues nada nuevo tengo que añadir á la magnífica descripcion de los Sres Lucio y Alvarado, trabajo escasísimo en México y que me admira no se encuentre en ninguna biblioteca de la capital. ¿Con qué enfermedad puede confundirse la Elefanciasis de los Griegos? Solo citaré el hecho siguiente en que se ha tomado (así me parece) por elefanciasis manchada la *Esclerosis lateral amiotrófica.*

Jesus López Cano, natural de México, como de 25 años, soltera, doméstica, entró el 7 de Agosto de 1877 á la sala de lazarinos, departamento de mujeres, y hoy ocupa el número 5 de dicha sala. Dice que desde muy jóven todas las terceras falanges de las manos han tenido siempre la misma forma que actualmente (excepto el pulgar derecho). Dichas falanges están disminuidas principalmente en el sentido de su longitud, y podriamos compararlas (aunque de un modo grosero) á un cubo; pero las alteraciones que presentan entre sí los dedos homólogos de las manos son idénticas, exceptuando la

1 Charcot. Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso, Tomo 2° pág. 26.
2 Idem. Tomo 1° pág. 30.

segunda falange del pulgar derecho, que hace pocos dias se ha engrosado poco á poco. Las segundas y terceras falanges en cuanto á su forma parecen normales. Se mojaba con mucha frecuencia los brazos y piernas al hacer sus quehaceres.

Hace como dos años y medio comenzó á sentir cansancio en los cuatro miembros; sintió dolencias en la pierna y pié derecho, el cual se le hinchó, y estos dolores se generalizaron á los muslos, rodillas, brazos y manos; el dolor era más intenso de dia y aumentaba con los movimientos: tuvo calentura por accesos, basca y vómitos. Andaba con dificultad, y una vez se cayó porque se le doblaron las piernas *á causa del cansancio que sentia.* Comenzó á sentir calambres en el pié derecho, que le duraban como una hora, y durante este tiempo los dedos del pié permanecian en flexion y rígidos. Estos calambres se extendian á los demas dedos. Al aumentar la frecuencia de los calambres, los dedos de las manos se le doblaron poco á poco, y permaneciendo en la flexion no podia hacer uso de sus manos; la marcha le era muy difícil, y á los tres meses de enfermedad entró en este estado al Hospital de San Andrés, servicio del doctor A., donde estuvo un año: al cabo de este tiempo, creyendo su enfermedad incurable y no sintiendo alivio alguno, pidió su alta y estuvo en su casa algun tiempo, cerca de dos meses, en cuya época se le doblaron los dedos gordos de los piés; y si suponemos á la enferma en la estacion vertical, el borde interno de los dos piés tiene la forma (á causa de la flexion de los dedos gruesos) de un ángulo obsuso cuya concavidad mira hácia el suelo.

Entró por segunda vez á San Andrés, y al segundo dia el doctor B., en cuyo servicio estaba, dijo que era lazarina y la mandó en camilla al Hospital de San Pablo.

Si examinamos los miembros superiores veremos que el movimiento de abduccion de la articulacion escápulo-humeral es limitado; el húmero no puede llegar á formar un ángulo recto con el eje del cuerpo; en estas articulaciones hace dias siente dolores; los antebrazos no pueden extenderse completamente, y permanecen en una ligera, pero marcada flexion; los dos puños en pronacion y las primeras y segundas falanges de los dedos de las manos en flexion. En la cara dorsal de las manos, principalmente al nivel de las articulaciones metacarpo-falangianas y de las primeras y segundas falanges, se observan unas manchitas blancas que no sabe cuándo le salieron: no le supuraron, solo tuvo comezon, y cuando advirtió ya le habian aparecido.

El miembro inferior no puede extenderse completamente á causa de la flexion ligera de la pierna sobre el muslo; la articulacion tibio *tarciana* no tiene movimiento de lateralidad y solo puede ejecutarse un ligero movimiento de flexion y extension. Los cuatro miembros han enflaquecido á causa de la enfermedad de una manera uniforme. Se han presentado contracciones fibri-

lares, sobre todo en el miembro inferior, lo que indica la enferma diciendo que *le brincan las carnes.*

Respecto á su marcha, deben (si es exacto mi diagnóstico) presentarse los síntomas de la parálisis labio-gloso-laringea, y esta enferma probablemente morirá en el año entrante.

Pero ¿que cosa es la esclerosis lateral amiotrófica? Segun Grasset, pág. 403: « Anatómicamente hay á la vez lesion de los cordones laterales y de los cuernos anteriores; clínicamente hay á la vez los síntomas del tabes dorsal espasmódico y de la atrofia muscular progresiva, es decir, contracturas y amiotrofias. »

Durante el período de tiempo que he ido á estudiar á San Pablo el mal de San Lázaro, no ha muerto ninguno de esta enfermedad: ¿y el no haber hecho autopsía ninguna era motivo suficiente para pasar en silencio los trabajos de Robin, Wirchow, etc.? Me parece que no, pues los franceses cuya literatura médica es muy rica, no desdeñan tomar gran parte de los escritos extranjeros.

Hubiera deseado tener tiempo suficiente y capacidad para escribir una tésis digna de dedicarla á todos mis respetables maestros, desde el doctor A. hasta el profesor V.; pero comenzando á estudiar esta enfermedad, no me ha sido posible presentar algo nuevo.

México, Octubre 31 de 1878.

AGUSTIN G. SALGADO.